

Serviços

Comprovante de Autorização da Folha

Via Internet Banking CAIXA

Operação realizada com sucesso.

Conta de débito:	1639 / 003 . 00005296-7
Número do Convênio:	308777
Tipo do Compromisso:	07
Número do Compromisso:	0001
Quantidade de Pagamento:	1
Valor Total Folha:	R\$2.574,80
Nome da Folha:	ABRIL3
Mês/Ano:	05/2019
Data Débito:	02/05/2019
Data da operação:	02/05/2019

Código da operação: 474039

Chave de Segurança: NN4N3FNECAXA8XKX

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474



Consulta Detalhes da Folha

Via Internet Banking CAIXA

Número do Convênio:	308777
Tipo do Compromisso do Convênio:	07
Número do Compromisso:	0001
Quantidade de Pagamento:	1
Valor Total da Folha:	R\$ 2.574,80
Valor da Tarifa:	R\$ 0,90
Nome da Folha de Pagamento:	ABRIL3
Mês/Ano:	05/2019
Data de Débito:	02/05/2019

Nome	CPF	Agência/Conta	Valor	Status
ANA CAROLINA DOS REIS XAVIE	114.603.536-50	1639/0009882709422	2.574,80	Liquidado

SAC CAIXA: 0800 726 0101
 Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
 Ouvidoria: 0800 725 7474

ASSOCIACAO DE APOIO SOCIAL E CULTURAL RENASCER -AASCR
05.956.125/0001-03

Rua R AGRIPINO DE LIMA , 144 - Bairro INCONFIDENTES - Contagem

Demonstrativo de Pagamento

Func.: 000003 - Ana Carolina dos Reis Xavier

Cargo: 0078 - Supervisor Administrativo II

Depto.: 001 - Administrativo

Matricula:

Periodo: 04/2019

Admissão: 16/04/2018

CTPS: 4329410 / 00050

CPF: 114.603.536-50

Verbas	Referência	Vencimentos	Descontos
0001 - Salário Contratual	22,00	2.200,00	
0005 - Salário Maternidade	8,00		
0520 - Desconto INSS	11,00	800,00	
0530 - Desconto IRRF	15,00		
			330,00
			95,20

**ATESTO QUE O SERVIÇO FOI
PRESTADO E/OU MATERIAL
FORNECIDO**

Total:	3.000,00	Total:	425,20
Valor Líquido			2.574,80

Recebi o valor líquido, acima descrito em 02/05/2019 Assinatura:

Ana Carolina Xavier

Salário Base 3.000,00	Sal. Contr. INSS 3.000,00	Base Cál. FGTS 3.000,00	FGTS do Mês 240,00	Base Cál. IRRF 2.670,00	Faixa IRRF 15%
---------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------	-----------------------------------	--------------------------

Folha de Ponto – Mês: ABRIL/ 2019

Empregador(a)
 Nome: ASSOCIAÇÃO DE APOIO SOCIAL E CULTURAL RENASCER CNPJ: 05.956.125/0001-03

Empregado(a):
 Nome: Ana Carolina dos Reis
 Cargo: Supervisora administrativa CPF: 114.603.536-50.

Dia	Entrada	Início do Intervalo	Fim do Intervalo	Saída	Hora Extra	Assinatura do(a) Empregado(a)
1	08:00	12:10	13:10	17:00		<i>Ana</i>
2	08:00	12:15	13:15	17:00		<i>Ana</i>
3	08:00	12:30	13:30	14:00		<i>Ana</i>
4	-	-	-	-	-	<i>Ana</i>
5	-	-	-	-	-	<i>Ana</i>
6	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	<i>Atestado</i>
7	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	<i>Atestado</i>
8	-	-	-	-	-	<i>SÁBADO</i>
9	-	-	-	-	-	<i>DOMINGO</i>
10	-	-	-	-	-	<i>Atestado</i>
11	-	-	-	-	-	<i>Atestado</i>
12	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO	<i>Atestado</i>
13	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	FERIADO	FERIADO	<i>Atestado</i>
14	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	SÁBADO	SÁBADO	<i>FERIADO</i>
15	-	-	-	DOMINGO	DOMINGO	<i>SÁBADO</i>
16	-	-	-	-	-	<i>DOMINGO</i>
17	-	-	-	-	-	<i>Atestado</i>
18	-	-	-	-	-	<i>Atestado</i>
19	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO	<i>Atestado</i>
20	SÁBADO	SÁBADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO	<i>Ponto facultativo</i>
21	DOM/FER	DOM/FER	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	<i>FERIADO</i>
22			DOM/FER	DOM/FER	DOM/FER	<i>SÁBADO</i>
23						<i>DOM/FER</i>
24						
25						
26						
27	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	
28	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	
29						
30						

- 12/04/2019: Sexta-feira/ Jubileu de Nossa Senhora das Dores Lei Municipal nº 3.484/2001
- 19/04/2019: Sexta-feira da Paixão - Lei nº 3.484/2001

Laylla Massad Ghanem Cezar
 Diretora de Programas e Benefícios
 Sec. Mun. Desenvolvimento Social
 Mat. 01499455

Promed

ATESTADO

O (a) Sr. (a)

Ma Carolina dos Reis Xavier

ATESTADO DE APTIDÃO FÍSICA

Ao exame clínico não apresenta sinais de doenças infectocontagiosas, de alterações evidentes dos órgãos dos sentidos ou vícios de conformação física. Durante a entrevista, não evidenciou sinais de déficit ou doença neuropsiquiátrica.

ATESTADO DE COMPARECIMENTO

Compareceu no Centro Médico Promed _____
das _____ às _____ horas para:

- Consulta médica
- Acompanhar familiar
- Entrega de exames
- Outros

Podendo retornar ao trabalho

ATESTADO DE AFASTAMENTO

Deverá permanecer 2 (dois)
dias afastado(a) do trabalho a partir desta data por motivo de doença.

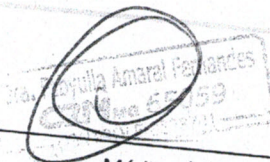
CID _____

LICENÇA MATERNIDADE

Necessita permanecer _____ (_____)
dias afastado(a) do trabalho a partir desta data conforme disposto no inciso XVII, art 7º,
capítulo II, título II da Constituição Federal de 05/10/88.

4/4/19

Data


Médico / CRM

- Santa Efigênia** - Avenida Brasil, 845, Santa Efigênia, Belo Horizonte/MG - CEP: 30140-000 Tel: (31) 3222-0447
- Venda Nova** - Rua Santo Antônio, 127, Venda Nova, Belo Horizonte/MG - CEP: 31515-100 - Tel: (31) 2532-2528
- Eldorado** - Rua Casuarinas, 112, Eldorado, Contagem/MG - CEP: 32310-570 - Tel: (31) 3546-2114 / 3546-2115
- Jardim Industrial** - Rua Thomaz Jefferson, 1.044, Jardim Industrial, Contagem/MG - CEP: 32215-290 - Tel: (31) 2559-0055 / 2559-7070

Promed

ATESTADO

O (a) Sr. (a)

Mrs. Carolina da Silva Xavier

ATESTADO DE APTIDÃO FÍSICA

Ao exame clínico não apresenta sinais de doenças infectocontagiosas, de alterações evidentes dos órgãos dos sentidos ou vícios de conformação física. Durante a entrevista, não evidenciou sinais de déficit ou doença neuropsiquiátrica.

ATESTADO DE COMPARECIMENTO

Compareceu no Centro Médico Promed _____
das _____ às _____ horas para:

- Consulta médica
- Acompanhar familiar
- Entrega de exames
- Outros

Podendo retornar ao trabalho

ATESTADO DE AFASTAMENTO

Deverá permanecer 5 (cinco)
dias afastado(a) do trabalho a partir desta data por motivo de doença.
CID _____

LICENÇA MATERNIDADE

Necessita permanecer _____ (_____)
dias afastado(a) do trabalho a partir desta data conforme disposto no inciso XVII, art 7º,
capítulo II, título II da Constituição Federal de 05/10/88.

8/4/19
Data

Dr. Fabiano Amaral Fernandes
CRM 65059
Médico / CRM

- Santa Efigênia** - Avenida Brasil, 845, Santa Efigênia, Belo Horizonte/MG - CEP: 30140-000 Tel: (31) 3222-0447
- Venda Nova** - Rua Santo Antônio, 127, Venda Nova, Belo Horizonte/MG - CEP: 31515-100 - Tel: (31) 2532-2528
- Eldorado** - Rua Casuarinas, 112, Eldorado, Contagem/MG - CEP: 32310-570 - Tel: (31) 3546-2114 / 3546-2115
- Jardim Industrial** - Rua Thomaz Jefferson, 1.044, Jardim Industrial, Contagem/MG - CEP: 32215-290 - Tel: (31) 2559-0055 / 2559-7070

O (a) Sr. (a)

Mrs. Carolina das Reis Xavier

ATESTADO DE APTIDÃO FÍSICA

Ao exame clínico não apresenta sinais de doenças infectocontagiosas, de alterações evidentes dos órgãos dos sentidos ou vícios de conformação física. Durante a entrevista, não evidenciou sinais de déficit ou doença neuropsiquiátrica.

ATESTADO DE COMPARECIMENTO

Compareceu no Centro Médico Promed
das _____ às _____ horas para:

- Consulta médica
- Acompanhar familiar
- Entrega de exames
- Outros

Podendo retornar ao trabalho

ATESTADO DE AFASTAMENTO

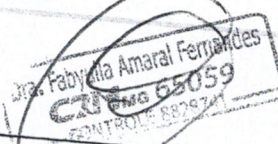
Deverá permanecer 3 (três)
dias afastado(a) do trabalho a partir desta data por motivo de doença.
CID _____

LICENÇA MATERNIDADE

Necessita permanecer _____ (_____)
dias afastado(a) do trabalho a partir desta data conforme disposto no inciso XVII, art 7º,
capítulo II, título II da Constituição Federal de 05/10/88.

15.4.19

Data



Médico / CRM

- Santa Efigênia** - Avenida Brasil, 845, Santa Efigênia, Belo Horizonte/MG - CEP: 30140-000 Tel: (31) 3222-0447
- Venda Nova** - Rua Santo Antônio, 127, Venda Nova, Belo Horizonte/MG - CEP: 31515-100 - Tel: (31) 2532-2528
- Eldorado** - Rua Casuarinas, 112, Eldorado, Contagem/MG - CEP: 32310-570 - Tel: (31) 3546-2114 / 3546-2115
- Jardim Industrial** - Rua Thomaz Jefferson, 1.044, Jardim Industrial, Contagem/MG - CEP: 32215-290 - Tel: (31) 2559-0055 / 2559-7070

Promed

O(a) Sr.(a)

Ma Carolina da S
Net xavier

ATESTADO DE APTIDÃO FÍSICA

Ao exame clínico não apresenta sinais de doenças infectocontagiosas, de alterações evidentes dos órgãos dos sentidos ou vícios de conformação física. Durante a entrevista, não evidenciou sinais de déficit ou doença neuropsiquiátrica.

ATESTADO DE COMPARECIMENTO

Compareceu no Centro Médico Promed _____
das _____ às _____ horas para:

- Consulta médica
- Acompanhar familiar
- Entrega de exames
- Outros

Podendo retornar ao trabalho _____

ATESTADO DE AFASTAMENTO

Deverá permanecer _____
dias afastado(a) do trabalho a partir desta data por motivo de doença.

CID _____

LICENÇA MATERNIDADE

Necessita permanecer 120 dias afastado(a) do trabalho a partir desta data conforme disposto no inciso XVII, art 7º, capítulo II, título II da Constituição Federal de 05/10/88.

22/10

Data

Dra. Fabiulla Amara Fernandes
CRM MG 65059
CONTR. F. 8828741

Médico / CRM

- Santa Efigênia - Avenida Brasil, 845, Santa Efigênia, Belo Horizonte/MG - CEP: 30140-000 Tel: (31) 3222-0447
- Venda Nova - Rua Santo Antônio, 127, Venda Nova, Belo Horizonte/MG - CEP: 31515-100 - Tel: (31) 2532-2528
- Eldorado - Rua Casuarinas, 112, Eldorado, Contagem/MG - CEP: 32310-570 - Tel: (31) 3546-2114 / 3546-2115
- Jardim Industrial - Rua Thomaz Jefferson, 1.044, Jardim Industrial, Contagem/MG - CEP: 32215-290 - Tel: (31) 2559-0055 / 2559-7070